

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Félicien PASSENAUD

Né le 9 juin 1884, à Dienne (Cantal)
Interne à l'Hôtel-Dieu de Saint-Quentin

PARALYSIE GÉNÉRALE ET TABES PRÉCOCES

SURVENANT

Après la Syphilis acquise

Président : M. CHAUFFARD, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie} Editeurs

15, Rue Racine, 15

1910

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN		M. LANDOUZY
PROFESSEURS		MM.
Anatomie.		NICOLAS
Physiologie.		CH. RICHET
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		ACHARD
Pathologie médicale.	}	WIDAL
Pathologie chirurgicale.		DEJERINE
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE
Histologie.		PIERRE MARIE
Opérations et appareils.		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.		HARTMANN
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène.		GILBERT
Médecine légale.		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.		CHAUFFARD
		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale.	}	DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants.		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND
		DELBET
Clinique chirurgicale.	}	QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN
		BAR
Clinique d'accouchements	}	PINARD
		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE
ET AUTRES CHERS DISPARUS

A MON PÈRE

MEIS ET AMICIS

A CEUX QUI FURENT MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MM. LES CHIRURGIENS ET MÉDECINS
DE L'HOTEL-DIEU DE SAINT-QUENTIN

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD

Professeur d'Histoire de la Médecine et de la Chirurgie
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Cochin
Chevalier de la Légion d'honneur

Paralysie générale et tabes précoces

Survenant après la syphilis acquise

INTRODUCTION

La paralysie générale est par excellence une maladie de la période moyenne de la vie.

L'influence de l'âge paraît considérable et a été un point signalé tout d'abord par les premiers auteurs qui se sont occupés de la paralysie générale.

Bayle déclare qu'il n'a jamais rencontré la maladie dans l'enfance ni de quinze à vingt-cinq ans. Calmeil ne l'a observée que deux fois avant la trente-deuxième année.

Christian et Ritti ne l'ont observée que deux fois avant trente ans sur 196 cas.

On sait aujourd'hui qu'elle peut s'établir beaucoup plus tôt ; Clouston, Turnbull, Regis, Rey et Manière, Ballet, Charcot en ont publié les premiers des faits probants ; puis des mémoires et des thèses traitèrent

ce point particulier. Citons les travaux de Vrain, de Toulouse, de Saint-Maurice, de Delmas.

On décrit deux formes, l'une, forme juvénile de Charcot, survenant chez les jeunes gens, l'autre, forme infantile de Moussons. Mais, grâce surtout aux travaux de Régis, les opinions se sont modifiées, et on admet, à l'heure actuelle, la possibilité pour la paralysie générale de débiter, non seulement dans l'adolescence, mais encore bien avant celle-ci.

De même pour le tabes : les premiers cas de tabes juvénile ont été apportés en 1885 par Fournier et Remak. D'autres ont suivi, apportés par Bloch, Moussons, Didynsky, Kütnes, Brosch, Babinski. Pourreyron en réunit 28 cas dans sa thèse. Presque toujours il s'agit d'hérédosyphilitiques.

La question de l'âge ne devient donc plus comme autrefois une contre-indication presque absolue au diagnostic de tabes ou de paralysie générale chez un sujet jeune.

Ces cas, chez les jeunes gens, ne sont pas extrêmement rares, puisque, cette année seulement, dans un service de médecine générale, dans les salles de notre maître M. le docteur Launois, nous avons pu observer un homme de vingt-cinq ans et une femme de vingt-quatre ans atteints de paralysie générale, une seconde femme, de vingt-six ans, présentant les signes évidents du tabes.

La réunion de ces trois faits nous a paru intéressante et nous a poussé à étudier un peu ce point particulier et les différents problèmes qui s'y ratta-

chent. Notamment : les causes prédisposantes particulières, l'époque de la syphilis, les formes particulières que ces affections parasymphilitiques peuvent revêtir chez les sujets jeunes ; les formes de syphilis cérébrale qui peuvent prêter à confusion avec la paralysie générale vraie, et les caractères distinctifs entre ces deux ordres d'affections ayant entre elles tant de points communs ; et enfin la possibilité d'arriver à un diagnostic précoce permettant de dépister ces affections, dès leur début, par la recherche systématique et approfondie des différents signes, appuyés par certaines recherches de laboratoire.

OBSERVATIONS CLINIQUES

Nous allons d'abord rappeler les observations de nos trois malades, nous les discuterons ensuite.

OBSERVATION I

La première concerne un homme de vingt-cinq ans entré le 18 octobre 1909 à Lariboisière salle Bouley, dans le service de notre maître M. le D^r Launois. Ce malade resta un certain temps dans le service, puis fut transféré à Sainte-Anne et de là à Villejuif.

Son observation intéressante à plus d'un point de vue, a été publiée par MM. A. Marie et P. Beaussart qui l'ont observée après nous à l'asile de Villejuif. (*La Clinique*, 25 février 1910.)

R. E..., âgé de vingt-cinq ans, célibataire, plombier, est entré le 18 octobre 1909 à Lariboisière, amené par ses parents. Lelendemain à la visite il est dans un état d'hébétude tel qu'on ne peut obtenir de lui aucun renseignement ; il ne répond aux questions qu'on lui pose que par des signes de tête ou en disant *oui* à tout propos. Comme on constate chez lui quelques signes de méningite (un peu de raideur, léger Kernig) et comme sa pancarte porte la mention *plombier* on pense un moment à des manifestations méningées de saturnisme.

Une ponction lombaire pratiquée alors décèle une forte réaction leucocytaire (150 éléments par champ) avec prédominance de polynucléaires.

Cependant le surlendemain, désirant avoir de plus amples renseignements, on fait venir la famille qui apprend que, trois ans auparavant, R..., étant au régiment, a contracté la syphilis.

Depuis sa libération, il était énormément changé, il était triste et pleurait souvent ; il était très énervé, surtout le soir ; il dormait mal et se plaignait de maux de tête dans la région frontale ; il tremblait sans cesse, le tremblement a été en s'accroissant ; le soir en rentrant de son travail, il paraissait très fatigué. Deux mois avant son entrée à l'hôpital, étant comme égaré, ne se souvenant plus de ce qu'il avait à faire, ne comprenant plus ce qu'on lui disait, souffrant beaucoup de la tête, il avait été obligé d'abandonner ses occupations et de rester à la maison. Ces derniers temps il était très constipé mais jamais n'avait vomi.

L'évolution des accidents écarte définitivement le diagnostic de méningite saturnine et on pose alors celui de paralysie générale précoce survenue après une période de méningite syphilitique, le saturnisme ayant été peut-être une cause adjuvante.

On institue le traitement mercuriel et deux séries de dix injections de biiodure de mercure à 0 gr. 02 sont pratiquées.

10 novembre. — L'état ne s'améliorant pas, sa stupeur persistant, sauf en de rares moments, pour laisser place à de courts épisodes d'agitation pendant lesquels il voulait se lever, le gâtisme étant continu, le malade est envoyé à Sainte-Anne,

non sans lui avoir fait une deuxième ponction lombaire qui révèle une réaction aussi forte que la première fois, mais avec lymphocytose prédominante.

Dès l'arrivée à l'admission, on porte le diagnostic de paralysie générale avec hésitation de la parole, tremblement de la langue, des lèvres et des mains.

Quinze jours après, le malade est transféré à Villejuif (26 novembre) où tout d'abord le diagnostic de paralysie générale est confirmé. Le tremblement des lèvres, de la langue et des mains est très manifeste ; les réflexes rotuliens, achilléens sont exagérés, cependant les pupilles moyennement dilatées sont égales et réagissent bien à la lumière et à la convergence, le gâtisme est persistant.

On ne note aucun signe d'hémiplégie, de paralysie. Les gencives sont en mauvais état et leur sertissure est occupée par un mince liséré de Burton. Sur la partie supérieure du sillon balano-préputial persiste la cicatrice du chancre.

Le malade présente des phénomènes de dépression, de torpeur, d'hébétude ; il est tout à fait inattentif à la vie d'alentour ; le regard fixe, il ne parle pas, ne se plaint pas, n'accuse aucune douleur ; quand on l'interroge il vous regarde sans répondre, n'ayant pas l'air de comprendre, puis pressé de questions il finit, avec une grande hésitation de parole, par articuler un ou deux mots ; durant tout son séjour, il ne nous a fait que cette seule réponse : qu'il avait vingt-cinq ans ; le reste du temps il répond par un signe de tête toujours affirmatif ou en disant *oui* invariablement.

Il ne s'occupe pas dans le quartier où il est complètement désorienté ; on est obligé de le conduire à sa place de réfectoire, mais une fois assis il mange seul ; de même on est obligé

de le mener à son lit et de le déshabiller et de l'habiller le matin.

La mère nous apprend que ces troubles de la parole remontent à trois mois et demi : d'abord légers, ils ont augmenté avant l'entrée à l'hôpital. Voici de plus les renseignements qu'elle nous fournit sur son fils.

Il est l'aîné de sept enfants vivants ; les deux premiers nés qui venaient avant lui sont morts (un garçon, né avant terme et décédé le sixième jour, une fille morte à deux ans et demi au dépôt des Enfants-Assistés pendant que la mère était en traitement à l'hôpital pour une pleurésie).

R... a eu une broncho-pneumonie à seize ans. Durant son année de service militaire dans un fort de Toul (dispensé) il a fait quelques excès de boissons. C'est en venant en permission à Paris, à la Pentecôte, qu'il a contracté la syphilis. Il a dû être hospitalisé pendant deux mois à l'hôpital militaire où on lui a fait vingt piqûres d'un sel de mercure ; comme ces injections étaient douloureuses, elles furent suspendues et remplacées par des pilules de protoiodure.

Peu après, R... fut libéré et, rentré à Paris, il s'occupa quelque temps à divers emplois de manœuvre, surtout dans la maçonnerie, puis il entra définitivement dans la plomberie. Jamais il n'eut de coliques de plomb, ni de paralysie, mais c'est surtout dès ce moment que son tremblement des mains devint plus intense.

Il continuait à suivre un traitement mercuriel et sans interruption, il prit une pilule de proto-iodure à chaque repas. Un médecin qu'il consulta en septembre dernier lui ordonna 30 centigrammes de biiodure et 30 grammes d'iodure de potassium en potion, puis 100 grammes de sirop de Gibert. La mère insiste sur une expulsion récente et répétée de lombrics.

Du côté des parents nous ne pouvons dépister aucune tare intéressante ; la mère, outre sa pleurésie, a eu un érysipèle ; elle est de constitution malingre. Ses autres enfants se portent bien.

Le père n'est pas buveur.

15 décembre.— Nous faisons une prise de sang : la réaction de Wassermann est positive. L'examen du sang fournit une proportion de 4.980.000 globules rouges et 9.000 globules blanc, pas d'éosinophilie.

17 décembre.— On est obligé d'aliter le malade. Il présente le même état mental, les mêmes signes physiques, mais il s'y surajoute des signes nets de méningite : position en chien de fusil, signe de Kernig, raideur et contracture des muscles du tronc qui impriment à ce dernier une position en opisthotonos ; pas de raideur manifeste des muscles, de la nuque, respiration normale ; température à 37°2, pouls fréquent (100), régulier ; mydriase sans inégalité ; ventre légèrement déprimé, gâtisme.

Une ponction lombaire laisse couler un liquide clair, non hypertendu. L'examen cytologique révèle une énorme lymphocytose (150 à 200 éléments par champ). La teneur en albumine est élevée.

La réaction de Wassermann et celle de Porgès sont positives. Un ensemencement sur gélose et sur bouillon ne fournit aucune culture.

L'examen microbiologique direct du culot de centrifugation au Ziehl, au Gram, ne montre aucun microbe ; au Giemsa aucun tréponème.

L'inoculation au cobaye a été négative. La recherche du plomb par le procédé de Trillat a été également négative.

Les jours suivants, la température se maintient entre 36 degrés et 37°3, les signes de méningite persistent. Nous faisons

prendre chaque jour 3 grammes d'iodure de potassium au malade et nous faisons en même temps une piqûre de biiodure de 0,02. L'état ne paraît pas s'améliorer et la famille, à la fin du mois de décembre, enlève le malade.

Depuis nous n'avons pu savoir ce qu'était devenu son état.

OBSERVATION II

Marie-Louise R..., âgée de vingt-quatre ans, ménagère, entre le 4 avril 1910 salle Trousseau, dans le service de M. le Dr Launois.

Elle a eu la veille une « crise de nerfs » dit-elle.

Elle était en train de travailler, ne se sentait pas très bien lorsqu'elle a été prise de nausées, de tremblements, elle a perdu connaissance, dit-elle, et aurait été secouée de mouvements convulsifs.

A l'examen de la malade on est frappé de certaines particularités.

Tout d'abord il existe une inégalité pupillaire très marquée, mydriase à droite, myosis à gauche. De plus la pupille gauche est irrégulière, ellipsoïde. Il existe en outre un signe d'Argyll Robertson des plus nets, les pupilles restent absolument indifférentes à l'approche d'une source lumineuse intense.

Il existe un tremblement des plus prononcés de la langue et des mains, les réflexes achilléens, rotuliens, radiaux sont très exagérés, il n'existe aucune paralysie. On note de l'hyperesthésie cutanée.

La parole paraît normale, mais, si l'on pousse un examen un peu approfondi, on constate que la malade ne peut absolument pas arriver à prononcer certains mots correctement. Elle

« accroche » constamment aux mêmes syllabes. L'écriture est nette, les lettres bien formées, il n'existe pas de syllabes oubliées, la malade compte facilement et peut faire des opérations arithmétiques simples.

Par contre, la malade se plaint de perdre la mémoire depuis quelque temps.

Il lui arrive de sortir pour faire une course sans pouvoir se souvenir, une fois dans la rue, du motif de sa sortie.

Elle oublie ce qu'on lui dit. Par moments elle a peur de devenir folle.

La ponction lombaire décèle une lymphocytose abondante avec quelques rares polynucléaires (éléments 100 à 150) par champ.

Notre malade a toujours été nerveuse, émotive, se mettant facilement en colère.

Sa mère, après avoir eu longtemps des bizarreries d'humeur, est morte dans un état voisin de la folie.

Dans les antécédents personnels de la malade, nous relevons une syphilis à l'âge de dix-sept ans, il y a par conséquent sept ans. Elle s'est mal soignée au moment de son chancre et plus du tout après.

Depuis lors elle a constamment souffert de céphalées tenaces dans la région frontale, nocturnes, l'empêchant de dormir.

Elle est soumise à un traitement mercuriel ; des piqûres de biiodure d'abord qu'elle ne veut pas continuer, puis on la met aux frictions d'onguent mercuriel.

Elle quitte l'hôpital le 16 avril.

OBSERVATION III

Madeleine P..., vingt-six ans, Bretonne, entre le 22 février 1910 salle Trousseau, à l'hôpital Lariboisière.

Elle s'est décidée à entrer, parce qu'elle souffre de céphalées continuelles, intolérables, surtout nocturnes.

Elle souffre de ces céphalées depuis trois ans. Elle aurait eu à ce moment un abcès dentaire, les céphalées seraient apparues peu après pour ne plus disparaître. Elle a essayé en vain de nombreux médicaments qui n'ont apporté aucun soulagement.

En outre, elle se plaint de douleurs vives « en éclair » survenant dans la région épigastrique et d'une certaine gêne de la marche, il lui semble que ses jambes se dérobent sous elle.

Ces différents symptômes éveillent, malgré l'âge de la malade, l'hypothèse d'un tabes.

Elle présente une incertitude de la marche et un signe de Romberg des plus nets.

Les réflexes achilléens et rotuliens sont complètement abolis.

Il n'existe pas de retard de la perception, mais une analgésie des membres inférieurs. La sensibilité profonde est conservée, Il existe également de l'inégalité pupillaire : le pupille gauche est plus grande que la droite.

On constate le signe d'Argyll Robertson. La malade est envoyée dans le service de M. Morax. On nous remet la note suivante.

Œil gauche. — Pupille un peu plus grande qu'à droite, réagit plus lentement, milieux clairs. Cornée : dans le cadran inféro-externe, taie. Papille à bords effacés du côté externe.

Œil droit. — Pupille réagit bien, milieux normaux. Papille comme à gauche.

Œil droit $V^{\circ} = 5/5$.

Œil gauche $V^{\circ} = 5/5$ illettrée.

Anisocorie.

Signe d'Argyll.

La malade est bien conformée, de taille moyenne, ne présente aucun stigmate de spécificité héréditaire, aucune lésion osseuse, dents normales, voûte palatine peut-être légèrement ogivale.

Elle présente au grand complet les signes cliniques de tabes que viennent confirmer encore les résultats de la ponction lombaire qui décèle une grosse lymphocytose.

Elle ne présente aucune autre lésion viscérale, les poumons, le cœur semblent normaux, la tension artérielle est à 18.

Rien à noter dans les antécédents. Elle est restée vierge jusqu'à vingt ans. Elle a eu, à vingt et un ans, un garçon bien portant. Il est probable que le début de sa syphilis remonte à trois ans, peu avant ces céphalées continues et nocturnes.

Il semble en tout cas que son tabes soit survenu entre trois et cinq ans, après une syphilis acquise méconnue.

15 avril 1901. — Elle présente une crise gastrique des plus nettes.

PARALYSIE GÉNÉRALE ET PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE D'ORIGINE SYPHILITIQUE

Avant d'aborder la discussion de nos observations, avant de les ranger dans tel ou tel groupe, voyons un peu les conceptions classiques jusqu'à ce jour.

Magnan et Sérieux (*Paralysie générale*, collection Leauté, p. 159) définissent ainsi les paralysies générales précoces :

« Sous le nom de paralysie générale précoce, on range tous les cas ayant débuté avant vingt-cinq ans. Les observations à début le plus précoce concernent des sujets de dix-sept ans (Vrain), de quinze ans (Wiglesworth, Charcot) et même de treize ans (Strümpell). Les cas de paralysie générale précoce sont sensiblement plus fréquents chez la femme que chez l'homme (9 cas de vingt et un à vingt-cinq ans chez l'homme, 20 cas chez la femme pour la même période). »

En général, par paralysies générales précoces, on entend donc celles qui débudent dans le jeune âge, ce sont la plupart du temps des paralysies générales d'origine hérédo-syphilitique, dites paralysies générales infantiles ou juvéniles, mais, quand il s'agit de

paralysie générale précoce par rapport à l'infection syphilitique, on stipule que la précocité est en rapport avec le début de la syphilis. En général, c'est de douze à quinze ans après la syphilis qu'on pose le diagnostic de tabes ou de paralysie générale.

Il semble que de plus en plus on voit ce délai devenir plus court. C'est un point qui a été très peu étudié ou plutôt on semble admettre que la précocité d'une paralysie générale par rapport à l'infection syphilitique est un argument en faveur d'une pseudo-paralysie générale syphilitique.

Aussi, étudions d'abord comment, pour les classiques se présentent les pseudo-paralysies générales syphilitiques, et comment elles se différencient des vraies paralysies générales.

C'est en 1879, année où M. Fournier publiait ses remarquables leçons sur la syphilis du cerveau, que l'histoire de la paralysie générale entre dans une phase nouvelle. A cette époque, on n'admettait pas la relation de cause à effet entre la syphilis et la paralysie générale.

Il existait à l'étranger des auteurs qui affirmaient l'origine syphilitique de la paralysie générale. Ainsi Kjellberg (1) (d'Upsala) écrivait... « Il y a déjà vingt-quatre ans que j'ai émis mon opinion (Upsala universitets aerskrift, 1863, medicin), à savoir *que la paralysie générale ne se développe point dans un*

1. Morel-Lavallée et Bélières, Pièces justificatives, p. 217.

organisme qui n'ait été infecté auparavant par la syphilis ».

Il y avait aussi dans l'école française une opinion admettant la syphilis comme cause des paralysies générales précoces, opinion soutenue par Coffin appuyé par l'autorité de Blanche.

Pour M. Fournier la question se résumait ainsi :

Il existait d'une part des cas dans lesquels on retrouvait les symptômes et l'anatomie pathologique de la paralysie générale vraie ; il les dénommait : *paralysies générales survenues chez des sujets syphilitiques*.

Dans d'autres cas, au contraire, les symptômes diffèrent par certains caractères de ceux de la paralysie générale, tout en offrant dans l'ensemble le même type : ce sont pour M. Fournier *les pseudo-paralysies générales d'origine syphilitique*.

« Nous pensons, avec M. le professeur Fournier, dit Ball, que la syphilis cérébrale peut simuler la plupart des signes de la paralysie générale, mais que les lésions anatomiques qui caractérisent cette maladie sont absolument différentes. D'ailleurs, la pseudo paralysie générale syphilitique recule souvent devant un traitement spécifique, il n'en est malheureusement rien pour la paralysie générale vraie. » (*Leçons sur les maladies mentales*, 1880-1883, p. 764.)

M. Fournier avait décrit six formes de la syphilis du cerveau :

- 1° Céphalalgique ;
- 2° Congestive.

3° Convulsive ou épileptique ;

4° Aphasique ;

5° Mentale ;

6° Paralytique.

Il n'est pas une de ces formes qui ne puisse avoir de nombreux points communs avec la paralysie générale. On peut observer en clinique toutes les modalités, tous les symptômes diversement associés rendant, dans certains cas, le diagnostic des plus difficiles.

En réalité, la question exposée encore de cette façon actuellement, nous semble manquer de clarté, on semble accepter les idées modernes sans vouloir se séparer tout à fait des conceptions anciennes. Il est nécessaire d'établir une classification peut-être un peu schématique, peut-être un peu artificielle comme toute division de processus de nature identique, mais d'évolution et de réactions différentes, c'est la seule façon d'apporter un peu d'ordre dans cette étude.

C'est surtout sur les signes cliniques et sur les lésions anatomiques qu'il faut séparer les différents groupes de faits.

Schématiquement, la syphilis peut toucher l'appareil méningo-encéphalique sous forme de :

1° Lésions vasculaires notables ;

2° Gommès ;

3° Méningites syphilitiques.

Chacun de ces trois groupes s'accompagne d'une symptomatologie un peu spéciale.

Dans le premier groupe, les grosses lésions vasculaires donneront naissance à des cas ressortissant aux diverses formes congestive, convulsive, aphasique de Fournier, avec un tableau des plus variables rappelant avec plus ou moins de variante l'hémorragie ou le ramollissement cérébral ou l'hémorragie méningée.

Les lésions du second groupe seront reconnues, en clinique, grâce aux signes de localisation, qu'il faudra rechercher et réunir, après les avoir isolés des différents signes qu'on trouve dans le tableau commun à toute irritation cérébro-méningée.

Enfin les cas du troisième groupe évoluent comme des véritables méningites, avec prédominance des signes méningitiques, céphalée surtout, symptôme banal, associé à certains symptômes comme le signe de Kernig, la raideur de la nuque. L'évolution est soit aiguë, soit subaiguë, soit plus ou moins chronique, coupée ou non de rémissions.

En dehors de ces faits qui, nous le répétons, peuvent s'associer avec toutes les modalités possibles, il nous reste à classer les paralysies générales, les folies syphilitiques, les pseudo-paralysies générales d'origine syphilitique. Mais examinons s'il est nécessaire d'établir des cloisons étanches entre ces trois groupes, et voyons si nous ne sommes pas en face de différentes variétés d'une même affection présentant des degrés variables dans son évolution et dans ses lésions.

Dans le groupe des folies syphilitiques, on a voulu ranger bien des faits disparates.

On peut les ranger soit dans les psychoses banales, la syphilis ayant simplement agi sur un prédisposé d'une façon vulgaire, incidente, banale pour ainsi dire, c'était l'opinion de Magnan.

En dehors de ces faits, on peut se trouver en présence d'une méningite syphilitique, ou bien encore, les symptômes sont dus à un syphilome, gomme plus ou moins limitée, cortico-méningée, plaques ménigées, adhérences cortico-cérébrales.

En dehors de ces deux ordres de faits, il semble bien que les autres folies syphilitiques peuvent rentrer dans le groupe de la paralysie générale progressive dont elles présentent les symptômes et les lésions anatomo-pathologiques. Une des premières observations dans lesquelles des lésions syphilitiques avaient produit des troubles psychiques et moteurs rappelant ceux de la paralysie générale est due à Virchow. Elle a été analysée par Renaudin dans les *Annales médico-psychologiques* de 1863 : « Syphilis secondaire ; sensibilité exagérée ; douleurs céphaliques et des os ; mélancolie hypocondriaque. Après trois ans, paralysie générale progressive avec délire ambitieux ; attaques épileptiformes répétées, etc. » A l'autopsie, Virchow trouva des tumeurs gommeuses multiples de la dure-mère, intéressant la substance corticale ; ramollissement secondaire de celle-ci ; pachyméningite de la base.

A la suite de cette observation de très nombreuses suivirent à peu près semblables : symptômes de paralysie générale et, à l'autopsie, parmi des lésions com-

plexes, des lésions incontestablement syphilitiques, surtout des lésions gommeuses.

Est-ce là une raison suffisante pour permettre d'en faire deux affections différentes ?

Nous ne le pensons pas. Et, de même qu'il n'existe qu'une péritonite tuberculeuse, quoique, dans certains cas, les lésions soient caséo-ulcéreuses, et, dans d'autres, fibreuses, il ne suffit pas de trouver surajouté à des lésions de paralysie générale une gomme, pour écarter par ce simple fait le diagnostic de paralysie générale, pour le remplacer par le diagnostic de pseudo-paralysie générale.

Des variations anatomo-pathologiques ne peuvent suffire, à elles seules, à faire, de deux variétés voisines d'une même affection, deux entités opposées.

C'est simplement une preuve de plus, s'il en était encore besoin, en faveur de l'origine indiscutablement syphilitique de la paralysie générale.

Et, en raisonnant encore par comparaison, écarterait-on le diagnostic de tabes, lorsque tous les signes seraient réunis, si le malade présentait une syphilide gommeuse en un point quelconque de son organisme ?

A l'époque actuelle, les différences qu'on avait voulu voir entre les paralysies générales vraies et les pseudo-paralysies générales d'origine syphilitique ne paraissent pas suffisamment nettes pour conserver deux types. C'était une étiologie différente qui influait surtout sur l'opinion des médecins, l'une

étant syphilitique, l'autre étant essentielle, mais, maintenant qu'est reconnue à peu près d'une façon générale l'origine spécifique de l'affection, la distinction n'est plus à faire.

DIAGNOSTIC CLINIQUE ENTRE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET LA PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE

Nous allons néanmoins jeter un coup d'œil sur les différences cliniques qu'on disait exister entre les deux formes. « Pour la majorité des auteurs qui ont abordé cette discussion, paralysie générale syphilitique est synonyme dans la pratique de pseudo-paralysie générale par syphilome en nappe de l'écorce et des méninges. Après Julius Mickle, qui venait de tracer un fort beau parallèle de la syphilis cérébrale et mentale à forme de paralysie générale, M. Fournier est venu poser, d'une façon magistrale et qu'on pouvait croire définitive, le diagnostic différentiel de la pseudo-paralysie générale syphilitique et de la paralysie générale. »

Voici ce que disaient dans leur mémoire si documentée, en 1889, MM. Morel-Lavallée et Bélières.

D'après M. Fournier, il existait quelques caractères différentiels indiscutables entre les deux affections :

La paralysie générale syphilitique se différenciant de l'autre par :

1^o *L'absence ordinaire du délire des grandeurs.* — Remarquons qu'il manque souvent dans la paralysie générale, qu'il peut exister au début et disparaître dans la suite, et enfin qu'on peut le rencontrer dans des affections absolument différentes et qui ne sont ni de la paralysie générale ni de la syphilis cérébrale.

2^o *Prédominance de la forme dépressive, sans délire, tabes cérébral.* — Ces cas particuliers peuvent s'observer dans la paralysie générale absolument pure, vérifiée à l'autopsie, sans qu'il existe de lésion syphilomateuse. Ces faits sont d'ailleurs connus depuis longtemps et Baillarger avait d'ailleurs décrit une forme dépressive de la paralysie générale. Il semblerait ressortir à des lésions scléreuses des lobes antérieurs.

3^o *Fréquence des paralysies partielles localisées, dissociées (surtout paralysies oculaires et hémiplegie), notamment à la période prodromique.* — C'est en effet un caractère qu'on retrouve fréquemment dans la syphilis cérébrale. Ils sont fréquents dans le tabes, ils ont été signalés aussi dans les prodromes de la paralysie générale, notamment par Falret et Magnan, nous verrons plus loin comment il faut interpréter ces faits, disons seulement maintenant que, s'ils dépendent le plus souvent de lésions syphilitiques localisées, leur présence n'empêche nullement le développement de lésions diffusées de paralysie générale et que la coexistence de ces deux ordres de symptômes soit en même temps, soit à plusieurs

années de distance, s'observe fréquemment chez le même individu.

4° *Tremblement des lèvres moins accentué.* — La parole ne serait pas scandée ni saccadée, mais il existerait surtout de l'empâtement. Ce signe n'a pas une grosse valeur de différenciation, mais, c'est en effet dans les lésions localisées, comme les destructions vulgaires du tissu cérébral par un processus quelconque, soit syphilitique, soit banal, comme dans le ramollissement, qu'on trouve le mieux le signe de la « bouche pleine de bouillie ».

En outre il existait pour certains auteurs d'autres signes différentiels. Ainsi, pour Lunier, l'absence d'inégalité pupillaire comme de délire ambitieux caractérise les pseudo-paralysies générales. On sait au contraire maintenant combien la syphilis cérébrale s'accompagne fréquemment d'inégalité pupillaire, c'est un signe précoce, et on le trouvera aussi bien dans les premières phases du tabes, ainsi que l'a montré Babinski, que dans les premières périodes de la paralysie générale.

On a accordé aussi une grosse importance à l'influence du traitement, les paralysies générales vraies ne réagissant que très peu ou pas du tout, ou même, pour certains, étant aggravées par le traitement mercuriel, tandis que, au contraire, les pseudo-paralysies générales syphilitiques et les syphilis cérébrales, artérielles, gommeuses, ou méningées, y seraient très sensibles.

C'est un point qui a plus de valeur que les

autres. Lorsque le traitement mercuriel a de la prise, c'est qu'on se trouve en présence d'une lésion syphilitique récente, soit gommeuse, soit méningée, et l'on arrive à voir de véritables résurrections dans ces cas, ce qui tient, croyons-nous, à l'établissement précoce du traitement, et aussi au peu de diffusion des lésions et à leur régression encore possible.

Nous voyons donc que tous ces signes n'ont qu'une valeur bien minime, et qu'il est impossible d'étayer sur eux une classification durable.

Nous nous rallions à l'opinion de A. Foville pour qui « la distinction proposée entre la paralysie générale classique et une autre affection désignée sous le nom de pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique ne paraît pas suffisamment justifiée dans l'état actuel de la science. En effet, les symptômes essentiels étant les mêmes, le siège et la nature des lésions présentant la plus grande ressemblance, le diagnostic différentiel ne peut être fondé que sur des nuances ou des détails secondaires dont aucun n'a de valeur réellement pathognomonique ».

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES PARALYSIES GÉNÉRALES PRÉCOCES

Nous avons conservé pour la fin, car c'est le point qui nous intéresse particulièrement, un dernier chapitre : c'est l'âge des malades.

Tout malade présentant des signes rappelant la paralysie générale, âgé de moins de vingt-cinq ans, n'est pas un paralytique général vrai, mais est atteint plutôt de syphilis cérébrale. Telle était et telle est presque encore la loi clinique en vigueur.

Nous allons examiner si ce jugement doit devenir définitif ; nous ne le pensons pas.

Nous avons déjà vu l'opinion de Coffin pour qui la paralysie générale précoce, c'est-à-dire apparaissant de vingt à vingt-cinq ans, serait le plus souvent syphilitique.

Si nous jetons les yeux sur les différentes statistiques qui ont été dressées pour l'étude de l'âge moyen de la paralysie générale, nous voyons l'âge s'abaisser de plus en plus avec les statistiques nouvelles. Car de plus en plus on arrive à mieux dépister la maladie et à faire des diagnostics de plus en plus précoces.

Marcé avait pris l'âge moyen des trois séries de faits rapportés par Parchappe. Marcé a trouvé pour les hommes quarante-quatre ans et quarante-deux pour les femmes.

Il a dressé lui-même une statistique personnelle de 300 cas qu'il avait pu recueillir dans son service de Bicêtre.

De 26	à	30 ans	22 cas
31	à	35 »	55 »
36	à	40 »	67 »
41	à	45 »	56 »
46	à	50 »	44 »
51	à	55 »	24 »
56	à	60 »	25 »
61	à	65 »	3 »
66	à	70 »	4 »

C'est donc, pour Marcé, de trente-cinq à quarante-cinq ans que la paralysie générale se rencontre le plus fréquemment.

Chrétien et Ritti ont relevé les chiffres suivants pendant une période de cinq ans à la maison de Charenton.

		Hommes	Femmes	Total
		—	—	—
De 25	à 30 ans	2	»	2
30	à 40 »	67	9	76
40	à 50 »	81	14	95
50	à 60 »	18	5	23
Total.		168	28	196

Ils concluent que c'est entre trente et cinquante ans que la maladie est fréquente et qu'elle est extrêmement rare, soit avant trente ans, soit après cinquante.

Vrain, dans sa thèse en 1887, publiait le tableau suivant.

STATISTIQUE PORTANT SUR 150 MALADES

1. *Avant 20 ans :*

La paralysie générale est rare, on ne la rencontre qu'exceptionnellement.

2° *De 20 à 25 ans :*

Quoique rare encore, la maladie est moins exceptionnelle.

Sur 150 malades nous en avons trouvé 3, c'est-à-dire $1/50$ 3

3° *De 25 à 30 ans :*

L'augmentation est plus nuisible.

Sur 150 malades, 12, c'est-à-dire $4/50$ 12

4° *De 30 à 35 ans :*

Sur 150 malades, 33, c'est-à-dire $11/50$ 33

5° *De 35 à 45 ans :*

Age moyen où éclate le plus souvent la paralysie générale.

Sur 150 malades, 60, c'est-à-dire $20/50$ 60

6° *De 45 à 55 ans :*

Après quarante-cinq ans la proportion décroît de nouveau.

Sur 150 malades, 39, c'est-à-dire $13/50$ 39

7° De 55 à 65 ans :

Après cinquante-cinq ans, nous n'en trouvons
que 3, c'est-à-dire $1/50$ $\frac{3}{150}$

Nota. — Pour éviter toute cause d'erreur, n'ont été compris dans cette statistique que des malades arrivés à la période d'état, alors que la maladie était bien confirmée, tant par l'affaiblissement musculaire que par les signes de démence.

Cette dernière remarque est des plus importantes car elle nous permet de supposer que si l'on avait posé le diagnostic sur les signes présentés dès le début de l'affection par les malades, au lieu d'attendre la période d'état avec tous les signes au grand complet, l'âge aurait été un peu abaissé.

Néanmoins, pendant fort longtemps, l'âge moyen de la vie a été considéré comme un des facteurs étiologiques les plus importants pour l'établissement de la paralysie générale et Luys résumait ainsi l'opinion du moment : « La trame interstitielle des centres nerveux subit chez l'individu vivant, depuis la jeunesse jusqu'à la maturité et la vieillesse, un perpétuel travail de développement organique. La progression insensible du tissu interstitiel dans l'intimité des centres nerveux, sa prolifération constante et le durcissement simultané de ses éléments constituent une sorte d'état préparatoire physiologique qui peut incidemment devenir un processus pathologique sous le coup d'une surexcitation nutritive incidente. Or, l'observation clinique prouve que

c'est principalement dans la période où l'activité du système nerveux est à son summum, c'est-à-dire à la période culminante de la vie, entre trente-cinq et quarante-cinq ans, que les manifestations de la paralysie générale se font jour. A cette époque alors, toutes les causes qui congestionnent les centres nerveux deviennent par cela même des incitations irritatives de la névrogie, activent la multiplication de ses éléments et passent par cela même à l'état de véritables facteurs étiologiques. »

Imbu de ces idées, on n'avait jamais posé le diagnostic de paralysie générale chez des adolescents jusqu'à la période comprise entre 1880 et 1890 où les faits rapportés deviennent de plus en plus nombreux. On divisait ces cas en paralysie générale juvénile et infantile. On retrouvait le plus souvent, à la base de ces cas, une hérédo-syphilis.

Thiry en 1898 publiait 34 cas de paralysie générale survenus avant quinze ans, entre huit et quinze ans. Moussous en rapporte 9 observations, et, dans ces derniers temps beaucoup ont été encore publiées.

La paralysie générale de même que le tabes des sujets jeunes est donc chose bien admise aujourd'hui.

Essayons de dégager et de résumer les caractères que peuvent présenter ces manifestations lorsqu'elles surviennent d'une façon précoce, c'est-à-dire peu de temps après l'infection syphilitique.

ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE ET CLINIQUE DES PARALYSIES GÉNÉRALES PRÉCOCES

Étiologie. — Au point de vue étiologique un facteur semble prédominant, c'est la syphilis antérieure. Chez les enfants, c'est le plus souvent la syphilis héréditaire qu'il faut incriminer ; chez les adolescents et les jeunes gens, soit la syphilis héréditaire, soit la syphilis contractée pendant les premières années de la vie.

Mais ce n'est pas tout, il faut pour que l'enfant syphilitique fasse du tabes ou de la paralysie générale des conditions spéciales, et, la plus importante, c'est l'hérédité nerveuse dont l'importance étiologique est incontestée.

Dans toutes les observations on est frappé de la lourde hérédité pesant sur tous les sujets. On retrouve dans les antécédents les névroses de toute espèce, l'hémorragie cérébrale, le ramollissement, le diabète, l'alcoolisme, le saturnisme.

Des cas rapportés par Delmas il ressort que ce sont presque toujours des hérédos ; les cas de syphilis acquise sont plus rares : à citer les cas de Régis, Hufler, Westphall et Moussons.

Formes. — La paralysie générale précoce revêt presque toujours la forme démentielle. La marche est le plus souvent régulièrement progressive, sans temps d'arrêt, sans rémission marquée. Cette absence de rémission avait été notée aussi par Thiry dans sa thèse : « La marche de l'affection est la même que celle de l'âge adulte, avec cette différence qu'il n'existe jamais chez les enfants de période de rémission. »

Pour Vallón il y a là erreur, non de fait, mais d'interprétation. L'absence de rémission dans la paralysie générale du jeune âge tient, non pas à ce que la maladie évolue chez un sujet jeune, mais bien à ce qu'elle revêt la forme démentielle. Il en est toujours ainsi pour cette forme démentielle ; ainsi quand elle existe chez l'adulte il n'y a pas non plus de rémission, du moins franche et nette.

Dans nos trois observations nous avons vu respectivement les accidents débiter après trois ans de syphilis dans le premier cas, cinq à six ans dans le second et probablement entre vingt et un et vingt-cinq ans, dans le dernier fait, c'est-à-dire à peine quatre ans après cette syphilis dont on ne peut retracer nettement l'histoire. Ces périodes d'incubation aussi courtes, si l'on ose ainsi parler, sont extrêmement rares.

Serrigny a publié un cas survenu pendant une syphilis secondaire, Plamtu, Raymond, Ehlers ont publié des cas de paralysies générales survenues deux ans, cinq ans et trois ans après l'infection syphi-

litique, mais dans ces cas l'examen histologique a fait défaut ; par contre Raymond, puis Charcot ont publié chacun un cas où les accidents cérébraux ont débuté rapidement après l'infection spécifique, le diagnostic de syphilis cérébrale avait été posé et à l'autopsie on retrouva des lésions de paralysie générale associées à des lésions cérébrales syphilitiques.

M. Queyrat signalait récemment aussi un cas de paralysie générale évoluant chez un malade porteur d'accidents secondaires, et, plus récemment encore, M. L. Marchand, et G. Petit publiaient dans la *Revue de Psychiâtrie* (janvier 1910, n° 1) un cas de paralysie générale précoce ayant débuté deux ans après l'accident primitif syphilitique et vérifié à l'autopsie.

A propos de cette communication (encéphale 1910, n° 1, page 90) M. Roubinovitch fait les remarques suivantes : « Sur soixante-deux cas de paralysie générale observés dans mon service de Bicêtre, j'ai pu établir dans dix huit cas le laps de temps qui sépare la contamination chancreuse du début de la paralysie générale. »

Même en tenant compte de ce fait que l'internement des paralytiques généraux n'a lieu habituellement que deux ou trois et même quatre ans après le début réel des manifestations cérébrales j'arrive aux constatations suivantes :

P G débutant	29	ans après le chancre	1 cas
—	26	—	1 —
—	25	—	1 —

—	21	—	4 cas
—	20	—	1 —
—	16	—	1 —
—	14	—	3 —
—	12	—	3 —
—	11	—	1 —
—	10	—	1. —
—	9	—	1 —

Dans douze cas sur dix-huit, les deux tiers des cas, la paralysie générale s'est déclarée entre douze et vingt et un ans après le chancre. On peut conclure de ces données que l'incubation syphilitique paralytique ne tend pas à devenir plus courte et que la durée de cette incubation reste généralement dans les limites habituelles.

M. Gilbert Ballet dit n'avoir jamais vu de cas analogues, l'intervalle le plus court entre l'accident primitif et le début de la paralysie qu'il ait observé fut de six ans.

Nous voyons donc la rareté de ces cas, soit paralysie générale, soit tabes, survenant d'une façon précoce après l'infection syphilitique et cette rareté en justifie notre étude.

OBSERVATIONS D'AUTEURS

Nous avons cité au début de ce travail les trois observations que nous avons pu voir en une année seulement dans le service de notre maître M. le D^r Launois.

Nous en citerons quelques autres, et surtout parmi les plus récentes, les autres pouvant prêter à la critique par différents points ; mais il serait facile d'en trouver malgré tout quelques-unes dignes d'être retenues, ainsi dans le livre de Morel-Lavallée et Bélières.

OBSERVATION IV

(Obs. 8 de Morel-Lavallée et Bélières)

Syphilis en 1872, traitement continu.

1874. — Evanouissement, ictus, perte de connaissance pendant deux minutes, puis plus rien.

1877. — Accident analogue. Les années suivantes incidents semblables, puis en 1879, délire et démence, ne répondant à aucun type classique.

OBSERVATION V

(Obs. 10 de Morel-Lavallée et Bélières)

C..., notaire, vingt-neuf ans.

Avril 1877. — Chancre induré, puis accidents secondaires, traitement continu.

Janvier 1878. — Maladresse des mains.

Juin. — A deux fois de la difficulté à écrire.

1880. — Difficulté permanente à écrire, caractères irréguliers et tremblés, ne peut écrire une lettre qu'en la recommençant. Mémoire affaiblie, cherche ses mots, réponses vagues, attitude bizarre.

OBSERVATION VI

(Obs. 21 de Morel-Lavallée et Bélières)

Y..., trente-sept ans, 1871, chancre induré, accidents secondaires.

1875. — Paralysie de la sixième paire gauche.

1886. — Perte de mémoire, balbutiement, tremblement, réflexes bons, pupilles égales.

Nous voyons dans ces observations que si la phase d'état de la maladie peut arriver au bout d'un temps plus ou moins long, il n'existe pas moins certains symptômes précoces qui montrent que le système nerveux a été touché peu de temps après l'infection ; ainsi, dans l'observation IV, l'accident primitif a lieu

en 1872 ; en 1874, deux ans après apparaît un premier ictus suivi de plusieurs autres et, de la phase démentielle, sept ans après le chancre.

C'est également deux ans après l'accident initial que se montrent, dans l'observation V, des signes précurseurs et indiquant déjà une atteinte certaine, la maladresse des mains et la difficulté à écrire.

Dans l'observation VI, c'est quatre ans après le chancre qu'apparaît une paralysie de la sixième paire et seulement quinze ans plus tard que s'établit la paralysie générale confirmée.

De ces observations ressort donc ce fait important que, même pour les paralysies générales qui mettent un certain nombre d'années après le chancre à s'installer, il existe souvent des symptômes frappant le système nerveux.

Ce point présente une importance considérable. Nous le discuterons plus longuement un peu plus loin.

Citons maintenant quelques observations de paralysies générales véritablement précoces.

OBSERVATION VII

(Serrigny. — *Annales médico-psychologiques*,
décembre 1900, p. 385.)

Un cas de paralysie générale survenu pendant une syphilis secondaire

X... , âgé de quarante et un ans, aucun antécédent héréditaire à signaler, très intelligent, quitte l'école polytechnique

pour l'industrie. Contracte à trente-sept ans la syphilis. Les premiers symptômes de paralysie générale apparaissent en 1897, quatre ans après le chancre, alors que le malade est encore atteint de plaques muqueuses buccales. L'internement devient bientôt nécessaire. Il s'agit d'une forme démentielle arrivant en quelques mois à un stade avancé, ictus apoplectiforme avec issue fatale- L'autopsie n'a pu être pratiquée.

L'auteur rappelle à propos de son observation 2 cas analogues de Christian²

OBSERVATION VIII

(Planchet. — *Lyon médical*, 1898, p. 195.)

Il s'agit d'un malade du service de M. Vinay, atteint de paralysie générale. Les signes somatiques consistent en tremblement de la langue et des lèvres, en hésitation de la parole à la lecture, en une sorte de bégaiement de l'écriture qui lui fait répéter les syllabes écrites. Comme troubles psychiques, perte de la mémoire des faits récents, optimisme exagéré. Le malade est âgé de vingt-deux ans, il a eu la syphilis à vingt ans, les phénomènes cérébraux ont apparu deux ans et demi après.

Dans la dernière observation, nous voyons que la paralysie générale n'est pas seulement précoce par suite de l'âge du sujet qui a vingt-deux ans, mais qu'elle est aussi précoce par rapport à l'infection syphilitique. Le début apparaissant deux ans et demi après le chancre. Résumons également l'observation récente de M. Marchand et Petit.

OBSERVATION IX

Paralysie générale précoce ayant débuté deux ans après l'accident primitif syphilitique.

A. M..., brodeuse, vingt-deux ans, entre le 15 juin 1908 à l'asile de Blois. Comme antécédents héréditaires à noter seulement l'alcoolisme paternel.

A dix-neuf ans elle aurait eu la syphilis d'après le médecin qui a provoqué un premier internement le 18 janvier. Elle aurait eu alors des céphalées nocturnes, de l'insomnie et des maux de gorge à répétition. En janvier 1908 les premiers symptômes cérébraux sont apparus à la suite d'une violente émotion. A. M... aurait assisté, terrifiée, à une scène de violences entre son père ivre et sa mère. Elle s'améliore sous l'influence de piqûres.

Elle est internée à nouveau le 15 juin 1908. A ce moment l'interrogatoire de la malade nous montre l'association d'idées niaises de grandeur et de satisfaction avec un affaiblissement des facultés intellectuelles assez prononcé et une totale inconscience de son état, réflexes exagérés, pas d'inégalité pupillaire ni de tremblements.

Dans la suite ictus apoplectique avec attaques épileptiformes, laissant après elles de l'hémiplégie tantôt droite ou gauche. Grosse lymphocytose céphalo-rachidienne. Le mort survient le 9 novembre 1908.

L'autopsie venait confirmer le diagnostic de paralysie générale : infiltration méningée et périvasculairite disposée irrégulièrement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On a longtemps discuté sur les différences anatomo-pathologiques qui pouvaient exister entre les cas de paralysie générale vraie et les cas de pseudo-paralysie générale syphilitique ; nous avons vu que la clinique ne permettait pas de continuer à faire deux classes distinctes sur cette seule différence étiologique.

L'anatomie pathologique, elle, l'excuse-t-elle ?

Nous ne le croyons pas davantage.

Dans la paralysie générale on trouve les lésions de méningo-péri-encéphalite diffuse, les méninges sont opaques et épaissies. En les enlevant on constate que souvent elles adhèrent à la substance cérébrale dont elles entraînent des portions, au-dessous les circonvolutions peuvent apparaître plus ou moins ulcérées. En outre, il existe des lésions interstitielles du tissu conjonctif et de la névroglie et de plus des altérations vasculaires avec lésions de péri-artérite et d'endartérite diversement combinées, si bien qu'on avait voulu en faire différents types, à prédominance d'endartérite d'après Heubner (1874), ou bien à prédominance marquée sur les couches

externes du vaisseau, péri-artérite pour Baumgarten et Lancereaux.

Evidemment, dans certains cas, on a pu trouver, en même temps que des signes cliniques de paralysie générale, des symptômes de tumeurs en foyer, et, dans ces cas, il existait, outre les altérations de la paralysie générale, des lésions limitées liées plus ou moins directement à la syphilis, soit des gommes, soit des foyers d'hémorragie. Mais la coexistence de lésions syphilitiques en activité, intéressant le système nerveux et évoluant au milieu d'un complexe de signes de paralysie générale dont on peut retrouver les lésions proprement dites, ne suffit pas à faire écarter le diagnostic de paralysie générale et n'autorise pas la création d'un groupe à part.

Ces faits n'ont rien qui doivent nous étonner, nous avons cité des faits où des lésions syphilitiques en activité pouvaient être observées, soit sur des paralytiques généraux, soit sur des tabétiques. Rappelons les cas de Serrigny, de Queyrat, pour la paralysie générale, les 3 cas que Devé rappelait à la Société de médecine de Paris (8 octobre 1906), pour le tabes. Il en rappelait 17 cas antérieurs.

Que nous apprend l'examen anatomo-pathologique des tabétiques ?

Il est résumé dans une heureuse définition que Nageotte donne du tabes : « Le tabes est caractérisé anatomiquement par une lésion inflammatoire qui attaque un nombre quelconque de racines sensitives ou motrices à leur sortie de l'espace sous-arachnoï-

dien et qui se relie à une syphilose généralisée des méninges. »

En effet les lésions grossières qui frappent les yeux, aux autopsies de tabétiques et surtout de paralytiques généraux, ce sont les lésions des méninges qui sont toujours épaissies, opaques, le plus souvent adhérentes.

Et le caractère anatomique que nous aurons à retenir, non seulement dans les paralysies générales des jeunes gens, mais surtout dans les paralysies générales précoces survenant peu de temps après la syphilis, c'est l'intensité de ces lésions méningées comme portée au maximum par un processus rapide et intensif.

Nous verrons plus loin que ce processus anatomo-clinique, qui sert de trait d'union important entre les diverses manifestations nerveuses que peuvent présenter les sujets syphilitiques, est le phénomène important ; nous verrons ainsi sous quelle forme il se manifeste en clinique, comment nous pouvons le dépister d'une façon précoce et le combattre à ses débuts.

DISCUSSION DE NOS FAITS PERSONNELS

Nous avons donné, au début de ce travail, nos trois observations personnelles, recueillies, nous l'avons dit, dans un seul service de médecine générale, celui de notre maître M. Launois.

Ces observations méritent que nous les discussions maintenant en détail, après avoir essayé, au cours de ce travail, d'élucider certains problèmes soulevés par ces faits.

Notre premier malade, après être resté un certain temps à Lariboisière, fut transféré à Sainte-Anne et à Villejuif. Là, il fut observé par MM. A. Marie et Beaussart qui en ont publié l'histoire.

Amené dans un état d'hébétude extrême, présentant de la confusion mentale, de la dépression mentale, on notait du tremblement de la langue, des lèvres et des mains, de l'hésitation de la parole. Les réflexes étaient exagérés, le gâtisme persistant.

A retenir l'âge du malade, vingt-cinq ans, et une syphilis trois ans avant. Quelle fut la conclusion de M. A. Marie et Beaussart ? La voici :

« Il s'agit, croyons-nous, d'affaiblissement par syphilis cérébrale tertiaire (pseudo-paralysie gén-

rale syphilitique), et non d'une paralysie générale parasyphilitique. La ressemblance entre les deux peut être très grande et induire en erreur à un examen peu prolongé d'autant plus que la fréquence de la pseudo-paralysie est beaucoup moindre que celle de la démence paralytique (Christian n'en trouve que sept cas pour 2.000). Tandis que la paralysie générale parasyphilitique n'évolue généralement que beaucoup d'années après l'infection par le tréponème, la pseudo-paralysie se manifeste souvent deux ou trois ans après cette infection. C'est la date récente de la syphilis chez notre malade et la coexistence d'une méningite syphilitique d'époque secundo-tertiaire qui nous font pencher vers l'hypothèse de pseudo-paralysie. Il est évident que, dans ce cas, le pronostic est bien différent ; la pseudo-paralysie est justiciable d'un traitement mercuriel intensif qui serait des plus funestes pour la paralysie générale vraie. »

De plus les auteurs discutaient avec raison la profession du malade, plombier depuis un an, n'ayant il est vrai présenté aucun accident, mais porteur d'un léger liséré de Burton.

Pour nous les conclusions sont toutes différentes, il s'agit de paralysie vraie. C'est le diagnostic qui fut porté par M. Launois, c'est celui qui fut porté également à l'admission à Sainte-Anne et à Villejuif même où à l'entrée du malade le diagnostic avait été confirmé.

C'est surtout à cause du début précoce des acci-

dents nerveux que MM. A. Marie et Beaussart écartent le diagnostic de paralysie générale.

Nous avons vu que ce n'était pas là une raison suffisante, et que la date récente de la syphilis pouvait bien coexister avec une paralysie générale vraie confirmée à l'autopsie.

Comme autre caractère en faveur de la paralysie générale vraie, nous avons l'inefficacité du traitement mercuriel. Ce malade a été soumis au traitement intensif pendant deux mois et demi, soit à Lariboisière, soit à Villejuif, sans qu'on obtienne la moindre amélioration. Or, en général, dans les formes de syphilis cérébrale, le traitement donne des résultats rapidement favorables.

C'était aussi la coexistence d'une méningite syphilitique secundo-tertiaire qui avait fait pencher vers l'hypothèse de pseudo-paralysie.

Mais il n'existe pas de paralysie générale ou de tabes sans méningite chronique concomitante, l'anatomie pathologique le démontre, la biopsie, c'est-à-dire la ponction lombaire, le prouve d'une façon absolue, l'intensité d'un processus méningé chronique n'empêche nullement la coexistence de paralysie générale.

Mais chez notre malade, il est certain que sa profession de plombier a joué un grand rôle dans l'étiologie de sa paralysie générale. On connaît bien les manifestations si fréquentes du saturnisme sur les méninges depuis les travaux de M. Mosny et de ses élèves.

L'association des deux facteurs syphilis et saturnisme a des conséquences funestes pour le système nerveux et surtout pour les méninges. A n'en citer pour preuves que les nombreuses observations de méningites chroniques publiées dans ces dernières années et où on retrouve ces deux facteurs (obs. de Bensaude et Rivet (1), obs. de Boidin et Weill (2).

Peut-être même, à lui seul, le saturnisme pourrait-il amener à la paralysie générale, c'est à des faits de ce genre qu'on pourrait réserver le terme de pseudo-paralysie générale.

Dans notre observation II il s'agit d'une jeune femme de vingt-quatre ans. Elle a des crises épileptiformes depuis quelque temps, elle est loin d'être dans la phase démentielle, ayant conservé toute sa lucidité et toute son intelligence, mais, examinée à l'occasion de ces crises nerveuses, on trouve une inégalité pupillaire très marquée, une exagération des réflexes, des troubles prononcés de la mémoire et enfin une lymphocytose céphalo-rachidienne intense.

Cette jeune femme a eu la syphilis à dix-sept ans, c'est-à-dire sept ans avant, et, depuis, elle a des céphalées persistantes.

La cause prédisposante chez elle semble être son état névropathique et son ascendance (mère aliénée).

Notre observation III concerne une tabétique de

1. Bensaude et Rivet. *Arch. génér. de médecine*, 1904, p. 2766.

2. Boidin et Weill. *Pr. médicale*, 1907, p. 681.

vingt-six ans ; chez elle le tableau est assez complet, signes papillaires, abolition des réflexes, signe de Romberg, crises gastriques et enfin une grosse lymphocytose céphalo-rachidienne.

Existe-t-il chez elle une syphilis héréditaire ou acquise ?

Elle est née de père inconnu, on ne trouve aucun signe d'hérédo-syphilis chez cette malade. Il est plus vraisemblable que la syphilis a été acquise et est restée méconnue, l'accident initial ayant dû précéder de très près les céphalées terribles et persistantes dont elle a souffert les années qui ont précédé. Restée vierge jusqu'à vingt ans, ayant eu un garçon bien portant à vingt et un et les céphalées ayant apparu vers l'âge de vingt-quatre et ving-cinq ans, il semble que l'on puisse approximativement placer l'accident initial entre vingt et un et vingt-quatre ans et le tabes à vingt-six, c'est-à-dire après quatre ou cinq ans de syphilis.

Que pouvons-nous conclure de ces faits ? Nous voyons d'abord que les paralysies générales ou tabes précoces peuvent s'observer indifféremment dans les deux sexes, et que presque toujours la syphilis est retrouvée dans les antécédents. Lorsqu'on ne la retrouve pas, il est vraisemblable qu'elle existe tout de même, soit sous forme de syphilis méconnue dont on connaît la fréquence due à la bénignité si souvent observée chez la femme, soit sous forme de syphilis héréditaire.

Mais dans ces formes chez les jeunes, peu de temps

après l'accident initial, on assiste à un processus brutal. Il semble que l'infection soit massive : la réaction méningée est au maximum, il existe toujours une grosse réaction céphalo-rachidienne et l'évolution est rapide, le plus souvent sous forme démentielle, et sans rémission.

Souvent aussi, avant d'observer chez les malades la phase d'état soit du tabes, soit de la paralysie générale il existe un tableau symptomatique fruste mais qui permet néanmoins, après un examen attentif, de retrouver assez de signes pour poser déjà le diagnostic.

M. Babinski a bien insisté sur ces faits et il a montré qu'avant le tabes ataxique, il existait une forme de début durant plus ou moins longtemps, « tabes insipiens », que les médecins avaient le devoir de connaître, de rechercher et de diagnostiquer d'une façon précoce.

Chez les uns ce sera un signe d'Argyll Robertson, chez d'autres l'abolition des réflexes soit rotuliens, soit achilléens, chez d'autres encore soit une paralysie oculaire, soit une crise viscérale, liés à une lymphocytose céphalo-rachidienne.

Pour la paralysie générale il en est de même, et si la malade de notre observation II n'est pas « paralytique générale » au sens absolument précis de la dénomination, elle est néanmoins à la première période de l'affection.

LA MÉNINGITE SYPHILITIQUE LATENTE

On a cru pendant longtemps que ces divers accidents parasymphilitiques naissaient de façon absolument brusque après une latence de quinze ou vingt années après la syphilis. Il n'en est rien.

Depuis l'instant où le sujet est infecté par le tréponème, son système nerveux est menacé, et ceux qui doivent présenter plus tard ces diverses affections ont leur système nerveux touché d'un façon précoce dès les premiers stades de la syphilis. Ces idées, pour nouvelles qu'elles soient, n'en ont pas moins été émises depuis longtemps déjà par M. Landouzy. Au point de vue clinique, nous avons pour faire soupçonner cette atteinte du système nerveux, les céphalées de la période secondaire, c'est le signe clinique le plus constant et souvent le seul de la *méningite syphilitique secondaire latente*.

« Tout syphilitique secondaire qui souffre de céphalées vives, continues, surtout nocturnes, fait de la méningite syphilitique », nous dit Marcel Pinard, et il ajoute avoir toujours trouvé chez les syphilitiques céphalalgiques du service de M. Queyrat à

l'hôpital Ricord, des réactions lymphocytaires céphalo-rachidiennes abondantes.

« Le tabes, la paralysie générale et les affections parasyphilitiques en général ne sont que les séquelles d'inflammations de syphilis latente, chroniques, contemporaines des premiers stades de la maladie. » (Sézary.)

C'est aussi la conclusion qui se dégage d'un travail des mieux documentés, la toute récente thèse de Clovis Vincent.

Nous ne saurions mieux faire que d'en citer les passages les plus caractéristiques :

« Je veux montrer que, dans certains cas de syphilis cérébro-spinale, la méningite chronique précède souvent, même de beaucoup, les troubles nerveux, et que l'enchaînement des faits paraît être le suivant : syphilis, méningite, troubles nerveux. Ce n'est point là une idée qui m'est personnelle ; elle ressort, je crois, des travaux de mes maîtres, MM. Widal, Babinski, Nageotte ; de ceux de M. Revaut. Mais je crois aussi que la preuve de l'exactitude de cette idée n'a pas été fournie d'une façon rigoureuse ; on n'a point montré à ma connaissance du moins, une méningite chronique évidemment syphilitique, existant à l'état isolé pendant longtemps, puis suivie de troubles nerveux. »

Clovis Vincent considère ensuite tous les accidents nerveux en bloc dans leur rapport avec la méningite chronique.

Il montre que la méningite précède la lésion de

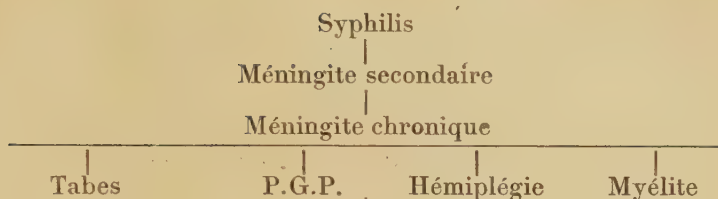
l'élément noble, que c'est là le phénomène primitif. En général, les choses se passent de la façon suivante :

Un malade contracte la syphilis, quelque temps après s'installe une méningite secondaire, latente ou non, le plus souvent révélée par des céphalées plus ou moins tenaces. Cette méningite souvent latente est donc le plus souvent non traitée et passe à la chronicité.

Cette méningite chronique continue à évoluer pendant plus ou moins longtemps pour son propre compte, mais, à un moment, ou à un autre, peuvent apparaître des signes de paralysie générale ou de tabes.

Clovis Vincent résume ainsi : « Le début d'une hémiplégie, d'une méningo-myélite, d'une paralysie générale, d'un tabes, etc., se trouve reporté à la phase méningée qui les a précédés ; ainsi le début de la maladie de Duchenne se trouve reporté non à la période préataxique, comme il est classique de l'admettre, mais à la période méningée.

« La méningite chronique se trouve donc être l'ancêtre commun qui, probablement, suivant les prédispositions des individus chez lesquels elle évolue, donnera le tabes, la paralysie générale, l'hémiplégie, la méningo-myélite diffuse, la myélite transverse ou des hybrides, si bien qu'on peut écrire le tableau généalogique suivant :



Il nous reste un mot à ajouter. Nous savons quelle est l'inefficacité des différents traitements lorsqu'on se trouve en présence de paralysie générale ou de tabes confirmés. Le traitement anti-syphilitique mercuriel et ioduré échoue presque toujours.

Par contre, il est d'observation courante de voir des méningites secondaires syphilitiques guéries après un traitement mercuriel intensif.

C'est donc au début de la syphilis que le traitement doit être intensif et prolongé. C'est pendant les premiers mois de l'infection par la tréponème que l'on doit traiter préventivement les tabes et les paralysies générales possibles plus tard, et dont on préviendra peut-être par ce moyen le développement ultérieur.

CONCLUSIONS

Des cas que nous avons observés personnellement ou étudiés, nous croyons pouvoir conclure :

1° Que la paralysie générale et le tabes, s'ils sont surtout une affection de l'âge mûr, peuvent s'observer chez les individus jeunes.

2° En dehors de ces paralysies générales et tabes précoces, par rapport à l'âge des malades, et pouvant être la conséquence soit d'une syphilis acquise, soit d'une hérédosyphilis, il en existe qui méritent vraiment le nom de précoces, par rapport à la date de l'infection syphilitique, le temps séparant le début de l'affection nerveuse (cinq ans, deux ans, quatre ans) du chancre étant relativement court.

3° Ces cas surviendront surtout chez des individus dont la syphilis aura été peu ou pas soignée, sujets névropathiques à hérédité plus ou moins chargée. A cela pourront s'ajouter différents facteurs étiologiques adjuvants, comme le saturnisme, par exemple.

4° Ces cas précoces s'accompagneront, le plus souvent, d'une grosse réaction céphalo-rachidienne, révélant l'intensité du processus méningé.

5° Cette méningite chronique est le lien commun

qui unit toutes les affections nerveuses dépendant de la syphilis.

6° Elle est le chaînon intermédiaire entre la méningite aiguë latente de la période secondaire de la syphilis et les accidents nerveux tardifs.

7° C'est à ce stade méningé précoce, qu'on peut faire remonter en vérité le vrai début de la paralysie générale ou du tabes.

8° C'est à ce stade du début (méningite latente secondaire) que la thérapeutique peut agir, en guérissant la méningite en activité et probablement en évitant au malade l'apparition ultérieure d'une paralysie générale ou d'un tabes.

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu : le Président de la thèse
CHAUFFARD

Vu, et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Alzheimer. — Die Paralysis progressiva der Enhwick Cungsjahre. Neurol. Centr., 1894. — Die Fruhform. der progressive Paralyse. Allgem. Zeitsch. f. psychiat., t. II, f. 3-1895.

Ballet. — Mercredi médical, 1892.

Bouchard-Brissaud. — Traité de Médecine. Art. P. G.

Brouardel et Gilbert. — Traité de médecine, art. P. G.

Camus et Chiray. — Société de Neurologie, 5 déc. 1903.

Charcot et Dutil. — Sur un cas de P. G. à début précoce. Mercredi médical, 1892.

Charret. — Syphilis cérébrale sept mois après l'accident primitif. Revue de Neurologie, 1899, p. 92.

Christian et Ritti. — Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, art. P. G.

Christian. — Annales médico-psychol., 1879, p. 307.

Giaglinski. — Pr. méd., 29 juillet 1899. — Treize ans. Fausse couche mère. — Lésion ulcéreuse pied au berceau.

Glouston. — A case of general paraly. at the age of sixteen of mental science, oct. 1897. — Develop. general paralysis the neurosis of developement, 1891.

Cullère. — Recherches cliniques sur la période de début de la paralysie générale. Thèse de Paris, 1873.

Delmas. — De la paralysie générale des adolescents. Thèse de Bordeaux, 1899.

Devé. — Soc. de médecine de Paris, 8 octobre 1906.

Ehlers. — Soc. de dermatologie et de syphiligraphie, 9 janvier 1908.

Fournier (A.). — La syphilis du cerveau, 1879.

Gianelli. — Résumé dans la Revue neurologique, 15 juillet 1899.

Thompson et Welch. — Brit. med. journ., 1^{er} avril 1899.

Henri. — Contribution à l'étude des rapports de la P. G. et de la syphilis. Thèse de Bordeaux, 1894.

Hirschl. — Wien. Klin. Woch., 1901, n° 21.

Hochsinger. — Soc. de dermatol. de Vienne, mars 1899.

Jouschenko. — Contribution à l'étude de la paralysie générale juvénile. Thèse de Varsovie, 1896.

Kaplan et Meyer. — Allg. Zeits. Psychs., mars 1900.

Lalanne. — Un cas de P. G. juvénile. Bordeaux, 1903.

Marie (A.) et *Beaussart* (P.). — La clinique, 25 février 1910.
Méninges, syphilis et saturnisme.

Morel-Lavallée et Bélières. — Syphilis et paralysie générale.
Doin, 1889.

Moussons (A.). — Recueil de leçons cliniques sur les maladies de l'enfance, 1893.

— De la forme infantile de la Paralysie générale.

— Congrès de Rome, 1894.

— Méd. infantile, 1897.

Traité des maladies de l'enfance, Grancher et Comby, t. IV, 2^e édition, art. Paralysie générale et tabes.

Magnan et Sérieux. — Paralysie générale. Monographie Léauté.

Marchand. — Paralysie générale précoce 1910, n° 1, p. 88.
L'Encéphale.

Marchand (L.) et *Petit* (G.). — Paralysie générale précoce ayant débuté deux ans après l'accident primitif syphilitique.

Revue de Psychiâtrie, n° 1, janvier 1910. A. Marie et P. Beaussart. « La Clinique », 1910, n° 8 et 9.

Nonne. — Résumé dans la Revue neurol., 15 oct. 1901.

Planchu. — Lyon médical, 1898, n° 23.

Régis. — Note sur la paralysie générale prématurée, l'Encéphale, 1883.

— Un cas de Paralysie générale à dix-sept ans. l'Encéphale, 1885.

— Syphilis et Paralysie générale, Arch. cliniques de Bordeaux, 1892.

— Bull. de la Soc. de médecine de Bordeaux, 28 fév. 1883.

— 8 mai 1885, déc. 1894, 1895. Congrès Toulouse, 1897.

Remak. — Berliner Klinische Wochenschrift 1885, n°, 8.

Raymond. — Archives générales de médecine, 1905, p. 2131.

Raymond. — Contribution à l'étude de la syphilis du système nerveux. Arch. de Neurologie, janv. 1894.

Paralysie générale juvénile ou syphilis cérébrale. Semaine médicale, janv. 1900.

Renaudin. — Annales médico-psychologiques de 1863 (analyse de l'observation de Wirchow.)

Rey et Maniere. — Annales méd. psychologiques, 1883.

Saint-Maurice. — De la paralysie générale juvénile. Th. de Paris, 1896.

Serriigny. — Annales médico-psychologiques, 1900.

Sezary. — Presse médicale, 3 nov. 1909, 16 avril 1910.

Streitberger. — Weber die progressive paralysie im Jugendlichen. Alter. Inaug. Diss. Iéna 1894.

Thiry. — De la P. G. progressive dans le jeune âge. Th. de Nancy, 1898.

Toulouse. — La paralysie générale juvénile. Gaz. des Hôp. 1896.

Turnbull. — Journ. of mental sc. Oct. 1881.

Vallon. — Annales médico-psychologiques, janv.-fév. 1899.

Vincent (Clovis). — Th. de Paris, 1910.

Vrain. — Contribution à l'étude de la P. G. à début précoce.
Th. de Paris, 1887.

Widdlemass. — Developpemental general paralysis, Journal of
mental sc., 1894.

Wiglesworth. — Journal of mental se., juillet 1883.

— General paralysis occurring about, the period of
puberty.

— Journal of mental sc., 1893.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
I. — Introduction	9
II. — Observations personnelles.....	12
III. — Paralyisie générale et pseudo-paralyisie générale d'origine syphilitique.....	21
IV. — Diagnostic entre la paralyisie générale et la pseudo-paralyisie générale d'origine syphili- tique.....	29
V. — Considérations générales sur les paralyisies gé- nérales précoces.....	33
VI. — Etude étiologique et clinique des paralyisies générales précoces.....	38
VII. — Observations d'auteurs.....	42
VIII. — Anatomie pathologique.....	47
IX. — Discussion de nos faits personnels.....	50
X. — La méningite syphilitique latente.....	56
XI. — Conclusions.....	61
XII. — Bibliographie.....	63

